

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Mes Día Año

LISTA DE CHEQUEO DE CONTRAINDICACIONES PARA LA VACUNA INTRANASAL DE INFLUENZA VIVA ATENUADA

Para uso con personas de 2 a 49 años de edad: Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar si hay alguna razón para no administrarle a usted o a su niño la vacuna intranasal de influenza atenuada (FluMist) hoy. Si usted responde "Sí" a alguna de las preguntas, esto no necesariamente significa que usted o su hijo no será vacunado. Significa que preguntas adicionales se le harán. Si una pregunta no está clara, por favor pregunte a su proveedor de salud que le explique.

	Si	no	no se
1. La persona que va a ser vacunada hoy está enferma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La persona que va a ser vacunada tiene una alergia a los huevos o a uno De los componentes de vacuna de influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La persona que va a ser vacunada ha tenido una reacción seria a la influenza en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La persona que va a ser vacunada es más joven de 2 años o de más de 49 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La persona que va a ser vacunada tiene un problema de salud de largo plazo como enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, (incluyendo asma), Enfermedad de los riñones, enfermedad neurológica, enfermedad del hígado, enfermedades (ej. diabetes), o anemia u otro problema de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si la persona que va a ser vacunada es un niño de 2 años a 4 años de edad, En los últimos 12 meses, un proveedor de salud le ha dicho que el niño tiene Asma o dificultad de respirar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. La persona que va a ser vacunada tiene cáncer, leucemia, sida, o algún otro Problema inmune; como prednisona, otros esteroides, medicinas para el tratamiento de la artritis reumatoide, enfermedad de Crohn, o soriasis o medicinas de anti cáncer, o ha tenido tratamiento con radiación?			
8. La persona que va a ser vacunada recibe medicamentos antivirales para la Influenza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. La persona que va a ser vacunada es un niño o adolescente de edades entre 2 a 17 años y recibe terapia de aspirina o tratamiento que contenga aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. La persona que va a ser vacunada está embarazada o puede quedar embarazada En un mes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. La persona que va a ser vacunada ha tenido el síndrome de Guillen Barre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. La persona que va a ser vacunada vive con o espera estar en contacto con una Perona que tiene severamente comprometido su sistema inmune y que debe estar Aislado por protección (ej. Un cuarto de aislamiento o una unidad de trasplante)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. La persona que va a ser vacunada ha recibido otras vacunas en las últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma completada por _____ Fecha _____

Witnessed by _____ Date _____